

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
JOANIE CHAINÉ

L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES SCHIZOPHRÈNES
EN UNITÉ MÉDICO-LÉGALE

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Objectif: Cet essai vise à décrire quels sont les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant sur une unité médico-légale et à décrire le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle. *Méthode:* Une recension des écrits traitant des besoins de la clientèle a d'abord été réalisée. Une consultation auprès d'experts a également permis d'obtenir des données complémentaires. Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation a été utilisé afin de classer les besoins trouvés selon les catégories de ce modèle et de faire des comparaisons entre les résultats trouvés dans la littérature et ceux mentionnés par les experts. *Résultats:* Toutes les sphères du rendement occupationnel peuvent être touchées chez l'utilisateur en raison de nombreux besoins non comblés. Les relations sociales et intimes, la sexualité, la gestion financière et les activités de la vie quotidienne font partie des principaux besoins identifiés tout comme le besoin d'informations sur la maladie et les traitements. Les experts ont, quant à eux, une vision plus large des besoins de la clientèle, voire au-delà des besoins immédiats. *Analyse :* Le rôle de l'ergothérapeute y a été défini en fonction des besoins répertoriés et son rôle consiste entre autre à favoriser l'engagement occupationnel de cette clientèle. *Conclusion:* Cette étude a permis de soulever de nombreux besoins chez la clientèle schizophrène en unité médico-légale, mais d'autres études sont souhaitées en vue de mieux décrire les besoins et le rôle de l'ergothérapeute. *Mots clés français:* Engagement occupationnel, schizophrénie, besoin, médico-légale, ergothérapie. *Mots clés anglais:* Occupational engagement, schizophrenia, need, forensic, occupational therapy.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS	v
REMERCIEMENTS	vii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Description des unités médico-légales et de la clientèle y séjournant	3
2.2. Schizophrénie et criminalité	5
2.3. Emploi du temps, engagement occupationnel et privation occupationnelle	7
2.4. L'influence de l'environnement sur les unités médico-légales	8
2.5. Un des services offerts à la clientèle schizophrène : l'ergothérapie	9
2.6. Portrait actuel de la situation : peu défini dans la littérature	10
3. OBJECTIFS ET QUESTIONS À L'ÉTUDE	10
4. CADRE DE RÉFÉRENCE	13
5. MÉTHODE	15
5.1. Étude de documents (recension des écrits)	15
5.1.1. Recherche dans les bases de données	15
5.1.2. Sélection des articles	16
5.1.3. Extraction des données	17
5.2. Consultation d'experts	17
6. RÉSULTATS	20
6.1. Résultats basés sur la recension des écrits	20
6.1.1. Besoins des usagers sur les unités de soins aigus ou spécialisés	22

6.1.2. Besoins des usagers vivant à domicile et fréquentant ou non des cliniques externes.	23
6.1.3. Synthèse des besoins prioritaires des usagers.	24
6.2. Besoins des usagers sur les unités médico-légales selon les experts	28
6.2.1. Besoins de la clientèle selon l'emploi du temps.	28
6.2.2. Besoins et engagement occupationnel.....	28
6.3. Synthèse de l'ensemble des résultats.....	30
6.4. Rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle ciblée	32
7. DISCUSSION ET ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS.....	34
7.1. Besoins de la clientèle en lien avec un engagement occupationnel optimal	34
7.2. Rôle de l'ergothérapeute : Pistes d'évaluations et d'interventions possibles.....	35
7.3. Limites de l'étude	43
8. CONCLUSION.....	45
RÉFÉRENCES.....	47
ANNEXE 1	54
ANNEXE 2	55
ANNEXE 3	56
ANNEXE 4	57
ANNEXE 5	60
ANNEXE 6	61

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health
CAN	Camberwell Assessment of Need
CANFOR	Forensic Camberwell Assessment of Need
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CSSS	Centre de Santé et de Services Sociaux
DSM IV-R	Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4e édition révisée
HoNOS-S	Health of the Nation Outcome Scales–Secure
ILS	Independent Living Scale
IPT	Integrated Psychological Treatment
MCRO –P	Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation
MSSS	Ministère de la Santé et de Services Sociaux
OCAIRS	Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

OPHI-II	Occupational Performance History Interview II
PACT	Program of Assertive Community Treatment
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

REMERCIEMENTS

Merci au Dr Jean-Luc Dubreucq ainsi qu'à Olivier Dubeau, ergothérapeute, pour leur générosité et leurs réponses à mes questionnements sur le fonctionnement des unités médico-légales, la clientèle schizophrène et ses besoins ainsi que la place de l'ergothérapeute auprès de ces individus.

Merci également à Ginette Aubin, erg, Ph. D. et professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), pour sa collaboration et ses nombreux conseils pour l'élaboration de cet essai.

1. INTRODUCTION

La santé mentale, telle que décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2011), est un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. [...] la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu [...] ». Or, dans la population canadienne en général, on dénote près de 20 % de personnes qui souffriront d'une maladie mentale au cours de leur vie (Association canadienne pour la santé mentale, 2011; Statistique Canada, 2011). Il peut s'agir d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique tel que la schizophrénie, d'un trouble de la personnalité ou d'autres maladies mentales (Garner, 1995, cité dans O'Connell & Farnworth, 2007). Parmi ce pourcentage, nombreux sont les individus qui seront victimes des préjugés du reste de la population, ce qui les amènera à être exclus socialement (Ministère de la Santé et de Services Sociaux [MSSS], 2011). Ainsi, certaines personnes aux prises avec une maladie mentale seront plus susceptibles d'être victimes de violence, alors que d'autres seront plus à risque de commettre un délit criminel puisqu'elles agiront ainsi afin de tenter de s'en sortir ou simplement pour réagir à ce qu'elles vivent (Association canadienne pour la santé mentale, 2011; Paterson, Cloughan & McComish, 2004).

Après avoir séjourné dans une prison, certains individus aux prises avec une maladie mentale et ayant commis un délit criminel seront transférés vers une unité

médico-légale afin d'y recevoir les soins nécessaires. Dans cet essai, toutes transgressions à la loi sont considérées comme des délits criminels (vols, infractions, voies de faits graves, meurtres, etc.) (Institut universitaire en santé mentale - Douglas, 2011; Ministère de la Justice, 2011).

En lien avec ces informations, une première recension des écrits portant sur la réadaptation de la clientèle présentant une problématique de santé mentale, plus précisément un diagnostic de schizophrénie, et séjournant sur les unités médico-légales a été effectuée. Il s'avère que les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal des personnes souffrant de schizophrénie qui séjournent dans une unité médico-légale sont présentement peu définis dans la littérature. Ici, l'engagement occupationnel est défini comme étant le fait de participer et de s'impliquer pleinement dans une occupation significative (Townsend & Polatajko, 2008). C'est pourquoi ce présent essai s'intéresse principalement à l'identification des besoins des personnes schizophrènes en unité médico-légale dans le but de contribuer à identifier les interventions de réadaptation possibles auprès de cette clientèle. De plus, il sera alors possible de préciser le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces individus en lien avec les besoins identifiés. En vue de répondre à cet objectif, seront également abordés dans cet essai, la méthode utilisée pour atteindre cet objectif, les résultats et leur analyse pour clore avec une conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Les prochaines sections porteront sur une brève description des unités médico-légales et des caractéristiques des personnes qui y séjournent de façon générale. Puis, de façon plus spécifique, une description sera faite de la clientèle ayant un diagnostic de schizophrénie et séjournant dans ces unités. Ensuite, seront discutés, la répartition du temps par les usagers sur les unités médico-légales et l'engagement occupationnel de ces personnes en contradiction à la privation occupationnelle. L'influence que peut entraîner l'environnement sur l'engagement occupationnel des personnes schizophrènes sera aussi abordée de même que les services qui sont offerts à la clientèle sur ces unités. Finalement, le portrait de la réadaptation de ces individus, selon la littérature, sera discuté.

2.1. Description des unités médico-légales et de la clientèle y séjournant

Les unités médico-légales, présentes dans différentes régions du Québec, mais également dans d'autres provinces du Canada, reçoivent des individus ayant des statuts de détention différents. Certains sont en détention provisoire en attendant une évaluation ordonnée par le tribunal tandis que d'autres sont reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental (Lloyd, 1995, cité dans O'Connell & Farnworth, 2007; Mullen, Briggs, Dalton & Burt, 2000), c'est-à-dire qu'ils ne peuvent « juger de la nature et de la qualité de [leurs] geste[s] selon les circonstances, lorsqu'il[s] [ont] commit l'infraction criminelle » (Tribunal Administratif du Québec, n.d.). Il y a

aussi des personnes condamnées qui ont développé une maladie mentale en prison, celles qui sont considérées inaptes à comparaître en cour en raison d'une mauvaise compréhension de ce qu'il leur sont reproché ou des conséquences liées à leur accusation, ou encore, parce qu'elles ne sont pas en mesure de joindre un représentant légal pour assurer leur défense (Lloyd; Mullen, Briggs, Dalton & Burt; Tribunal Administratif du Québec). Finalement, il peut aussi y avoir des personnes pouvant être jugées potentiellement dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui (Lloyd; Mullen, Briggs, Dalton & Burt). Ces unités médico-légales offrent des traitements, des soins et des services de réadaptation aux personnes présentant une problématique de santé mentale et qui sont placées sous surveillance par le tribunal (Centre for Addiction and Mental Health [CAMH], 2009). Le milieu sécurisé fait en sorte de fournir un encadrement serré aux clients et donc, peut être limitatif en terme de liberté puisque l'individu peut être confronté à rester à même l'établissement, sans droit de sortie, pour un délai calculé par la cour (CAMH, 2009). Des individus peuvent également être placés sous ordonnance de traitements, ce qui implique que le client est dans l'obligation de prendre la médication prescrite (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012). Les professionnels qui peuvent travailler sur ces unités sont évidemment les psychiatres, le personnel infirmier, les psychologues, les travailleurs sociaux, les ludothérapeutes (ou récréologues), les ergothérapeutes, etc. (CAMH, 2009). Finalement, en ce qui a trait aux visites amicales et de la famille, certaines restrictions sont émises, lesquelles doivent absolument être respectées (CAMH, 2009).

Un autre élément important mentionné dans la littérature est qu'à la sortie des services correctionnels, une certaine tendance est observée auprès des individus atteints d'une maladie mentale et ayant auparavant commis un délit criminel. Ces personnes sont plus susceptibles de commettre à nouveau un délit criminel en raison d'un manque de continuité dans les services (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006) ou autrement dit d'une « absence de transition suffisante entre les services correctionnels et le traitement communautaire ou des programmes de soutien » (Statistique Canada, 2009). En guise d'exemple, à Montréal, l'Institut Philippe-Pinel a ouvert officiellement ces portes en 1970 et reçoit notamment des personnes de toutes les régions du Québec, des établissements du réseau de la santé et des institutions pénales (Institut Philippe-Pinel, 2006).

2.2. Schizophrénie et criminalité

Le choix de la clientèle à l'étude dans cet essai s'est arrêté spécifiquement sur celle présentant un diagnostic de schizophrénie étant donné que ces personnes représentent un large pourcentage de la clientèle présente sur les unités médico-légales. D'ailleurs, Tengström et Hodgins (2002) rapportent que plus des trois quarts (78 %) des usagers qui sortaient des unités médico-légales dans les quatre sites de leur étude (Canada, Finlande, Allemagne et Suède) étaient des hommes ayant pour diagnostic la schizophrénie, un trouble schizoaffectif ou un trouble schizophréniforme. De plus, selon Munkner, Haastrup, Joergensen et Kramp (2003), 71 % des hommes et 37,2 % des femmes schizophrènes commettent un délit criminel avant leur première visite en

psychiatrie, donc avant même d'avoir reçu un diagnostic de maladie mentale. D'ailleurs, selon ces auteurs, les personnes atteintes de schizophrénie s'investissent davantage dans des activités de criminalité que la population en général. Thomson (2000) mentionne également une association possible existante entre le risque de violence ou de commettre un crime et la schizophrénie. Les caractéristiques propres à cette maladie sont des symptômes positifs (délires et hallucinations), négatifs (avolition, alogie, anhédonie et émoussement affectif) et de désorganisation (affects inappropriés, comportements et discours désorganisés) (Barlow & Durand, 2002; Bonder, 2004; Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM IV-R], 2000). Outre une altération de la perception de la réalité, cette maladie a pour conséquences possibles des troubles cognitifs, un dysfonctionnement au niveau social ainsi que comportemental (DSM IV-R; Institut Philippe-Pinel, 2011). Qui plus est, il est rapporté par Popescu et Micluta (2009) que les personnes atteintes de schizophrénie vivent de nombreuses limitations dans leurs activités quotidiennes et que leurs besoins sont complexes. Finalement, le pourcentage de personnes ayant la schizophrénie se trouvant en unité médico-légale n'est pas clairement défini dans la littérature. Toutefois, il est mentionné dans un rapport réalisé par le Protecteur du citoyen (2011) portant sur des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale que « 61 % des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec avaient à leur dossier, au cours des cinq années précédentes, au moins un diagnostic évoquant un problème de santé mentale et/ou une consommation problématique d'alcool ou de drogues ». De plus, il est aussi rapporté que la clientèle présente dans les milieux carcéraux, qui bien souvent, se

retrouve par la suite sur les unités médico-légales, éprouve davantage de problèmes de santé mentale, y compris des troubles graves et persistants tels que la schizophrénie, que le reste de la population (Protecteur du citoyen).

2.3. Emploi du temps, engagement occupationnel et privation occupationnelle

Suite à une première recension des écrits portant sur la réadaptation de la clientèle présentant une problématique de santé mentale séjournant sur les unités médico-légales, il apparaît que trois éléments clés prédominent dans plusieurs des études, soit l'emploi du temps, l'engagement occupationnel et la privation occupationnelle. D'abord, il est démontré que les individus vivant dans des unités médico-légales ou sécurisées passent la majeure partie de leur temps à des occupations non significatives (Craik et coll., 2010; Farnworth, Nikitin & Fossey, 2004; O'Connell & Farnworth, 2007; Stewart & Craik, 2007). Notamment, beaucoup de temps est accordé au sommeil et au repos (Stewart & Craik). D'ailleurs, Farnworth, Nikitin et Fossey rapportent dans leur étude sur l'utilisation du temps par les usagers sur les unités médico-légales que 89 % du temps personnel, autrement dit du temps libre sans interventions des intervenants, est accordé au sommeil. De ce fait, l'engagement occupationnel de ces personnes se trouve affecté puisqu'elles ne peuvent s'investir pleinement dans des activités significatives (Lin, Kirsh, Polatajko & Seto, 2009). S'engager dans des occupations signifie aussi avoir un emploi du temps équilibré d'activité et de repos, avoir une variété d'occupations significatives et de routines en plus de pouvoir s'intégrer dans la société et interagir socialement (Bejerholm & Eklund,

2007). Ainsi, les usagers séjournant sur les unités médico-légales sont plus susceptibles d'être victimes de privation occupationnelle considérant le fait que le milieu sécurisé impose des limites aux personnes et donc, elles ne peuvent pas réaliser l'ensemble ou des parties des occupations qui leur sont significatives (Molineux & Whiteford, 1999; Whiteford, 2000). Autrement dit, la privation occupationnelle limite les possibilités de l'engagement puisque l'individu est restreint dans le choix de ses occupations, voire complètement limité, par des facteurs environnementaux hors du contrôle de celui-ci (Shimitras, Fossey & Harvey, 2003).

2.4. L'influence de l'environnement sur les unités médico-légales

Outre l'emploi du temps, de nombreuses études rapportent que l'environnement joue un rôle important dans la participation des individus à des occupations (Craik et coll., 2010; Stewart & Craik, 2007). L'environnement (social, physique, culturel et institutionnel) constitue entre autres un ensemble d'éléments pouvant affecter de manière positive ou négative la réalisation des occupations (Law et coll., 1996; Townsend & Polatajko, 2008). Ainsi, la nature même de l'occupation, le personnel et les autres usagers des unités médico-légales peuvent influencer la réalisation des occupations. Considérant que les occupations pouvant être réalisées sur les unités médico-légales sont limitées (Farnworth, Nikitin & Fossey, 2004), que le personnel n'est pas toujours disposé à offrir du temps pour accomplir des occupations et que les autres usagers peuvent constituer une source de distraction de par leurs comportements ou autres, il apparaît que l'environnement n'est pas adapté aux besoins des usagers des

unités (Craik et coll.). Tout en tenant compte de la notion de sécurité, il est néanmoins possible de modifier quelques aspects de l'environnement pour favoriser la participation des individus, par exemple en changeant le moment de la journée pour les faire, en sélectionnant et invitant certains usagers seulement (Craik et coll., 2010; Stewart & Craik, 2007).

2.5. Un des services offerts à la clientèle schizophrène : l'ergothérapie

Parmi les services pouvant être offerts à la clientèle ayant des troubles de santé mentale, tant à l'interne qu'à l'externe, il est possible de retrouver l'ergothérapie qui se définit comme étant une profession de la santé qui vise à promouvoir la santé et le bien-être des personnes par le biais des occupations (Townsend & Polatajko, 2008). L'occupation, quant à elle, fait référence à tout ce que font les gens dans leur vie quotidienne (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2007). Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle consiste à l'aider à développer et maintenir les habiletés nécessaires reliées aux activités de la vie quotidienne dans le but de réintégrer la communauté (Forward, Lloyd & Trevan-Hawke, 1999). Toujours dans le domaine de la santé mentale, Bonder (2004) affirme, quant à elle, qu'il s'agit davantage d'habilitation de l'occupation plutôt que de réadaptation puisque les individus doivent acquérir des compétences qu'ils n'ont jamais eues et non retrouver celles qu'ils ont perdues. Or, d'autres auteurs ou professionnels de la santé pourraient croire que les personnes atteintes d'une maladie mentale ont des habiletés dont elles ne se servent pas et qu'elles doivent plutôt réapprendre à les utiliser, ce que rapporte aussi Anthony,

Cohen, Farkas et Gagne (2002). Dans le cadre de cet essai, le terme « réadaptation » inclura à la fois de l'enseignement et de la reprogrammation d'habiletés (Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2002). Finalement, O'Connell & Farnworth (2007) affirment que l'efficacité des outils d'évaluation en ergothérapie ainsi que des interventions possibles n'a pas été clairement démontrée en lien avec les unités médico-légales.

2.6. Portrait actuel de la situation : peu défini dans la littérature

Actuellement, le portrait de la réadaptation des individus aux prises avec une problématique de santé mentale, particulièrement celle avec un diagnostic de schizophrénie et ayant commis un délit criminel qui séjournent sur les unités médico-légales, est peu défini dans la littérature. C'est d'ailleurs ce que rapportent O'Connell & Farnworth (2007) dans leur étude portant sur le rôle des ergothérapeutes auprès de la clientèle des unités médico-légales. À la lumière des informations recensées à ce moment, il apparaît qu'il y a un manque d'informations concernant les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène en unité médico-légale. Ainsi, compte tenu du peu d'études sur le sujet, une recherche orientée vers l'identification des besoins de ces personnes permettrait d'offrir des services plus congruents et adaptés à cette clientèle tout en lui offrant des opportunités occupationnelles, c'est-à-dire permettant de choisir et d'avoir le contrôle sur ses occupations (Farnworth, Nikitin & Fossey, 2004). De plus, cela pourrait permettre aux usagers de s'engager davantage dans leur réadaptation étant donné que les objectifs d'intervention seraient plus en lien avec leurs besoins réels. Cela pourrait permettre à ces

personnes de réintégrer plus aisément la société par la suite et de se développer sur le plan des occupations. De ce fait, cette clientèle pourrait bénéficier de meilleure qualité de vie puisqu'il a été démontré qu'il existe une relation significative entre des besoins non comblés chez un usager et une qualité de vie diminuée (Hansson et coll., 2003).

3. OBJECTIFS ET QUESTIONS À L'ÉTUDE

En lien avec la problématique élaborée, deux questions de recherche sont proposées : Quels sont les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant sur une unité médico-légale, et que pouvons-nous offrir en tant qu'ergothérapeute à cette clientèle? Afin de répondre à ces questions, le premier objectif est de déterminer quels sont les besoins de cette clientèle en rapport avec leur engagement occupationnel. Puis, le deuxième objectif est de décrire le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle et de dégager des pistes d'évaluation et d'intervention.

4. CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence pour cet essai s'appuie sur le MCRO-P qui sera précisé ci-dessous. Toutefois, en premier lieu, le terme besoin sera ainsi défini. Afin de déterminer ce qu'est un besoin, plusieurs définitions existent et aucun consensus n'est établi à savoir quelle est la meilleure conception de ce terme. Pour Foldemo, Ek et Bogren (2004), un besoin peut être vu comme un manque sur le plan de santé ou de bien-être qu'il faut combler, ou encore comme un manque d'accès à des soins appropriés. Les besoins peuvent également être définis en mentionnant qu'ils sont de nature dynamique et sont influencés par des facteurs contextuels (Korkeila, Heikkilä, Hansson, Sorgaard, Vahlberg & Karlsson, 2005). Le *Department of Health Social Services Inspectorate* (1991), quant à lui, définit un besoin comme étant l'exigence de chaque usager lui permettant d'atteindre, de maintenir et/ou de rétablir un niveau acceptable d'indépendance sociale ou de qualité de la vie. Ainsi, dans ce document, lorsqu'il sera question de besoins, il s'agira des manques ou des attentes qu'une personne doit ou désire combler pour fonctionner au quotidien et maintenir un niveau de qualité de vie acceptable. Par exemple, s'engager dans des occupations est un besoin de base pour l'humain (Polatajko et coll., 2007).

Afin de classifier les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal, le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) tel qu'illustré par Townsend et Polatajko (2008) sera utilisé (voir Figure 1). Tel que défini

par les auteurs, ce modèle intègre à la fois les domaines du rendement occupationnel (soins personnels, productivité et loisirs), les dimensions de la personne (physique, cognitive, affective et spirituelle) et l'environnement (social, physique, culturel et institutionnel). En ce qui a trait à l'environnement, considérant son influence dans la réalisation des occupations, il est fort pertinent d'en tenir compte dans l'analyse des besoins de la clientèle précédemment décrite. De plus, le modèle incorpore la composante de l'engagement occupationnel qui se définit comme étant l'action de s'impliquer pleinement, de prendre part à quelque chose, de participer activement à une occupation (Townsend & Polatajko, 2008). En lien avec l'engagement occupationnel, Wilcock (1998) a fait valoir que le fait de participer à un ensemble d'occupations significatives et socialement valorisées, qui fournissent des défis en plus de rencontrer les besoins et la satisfaction des usagers, est important pour la santé et le bien-être des personnes.

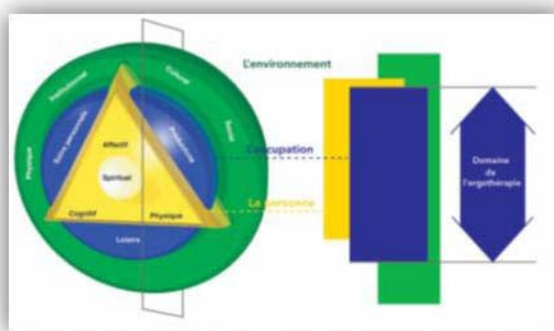


Figure 1. Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)¹.

¹ Modèle tiré de *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, de bien-être et de justice à travers l'occupation* (p.27), par E. Townsend, H. Polatajko et J. Craik, 2008, Ottawa, ON : CAOT Publications ACE. Copyright 2008 par l'Association canadienne des ergothérapeutes. Réédité avec permission.

5. MÉTHODE

Afin de réaliser cet essai, deux méthodes de cueillette de données ont été utilisées. Dans un premier temps, une recension des écrits a été réalisée dans le but de connaître les besoins de la clientèle schizophrène sur les unités médico-légales et ce, à travers le monde. Puis, une consultation auprès d'experts a été effectuée dans l'optique de compléter les informations trouvées dans les écrits, mais également dans un souci d'avoir des données plus réalistes et complètes tenant compte du contexte provincial (experts travaillant dans la province du Québec).

5.1. Étude de documents (recension des écrits)

Tout d'abord, afin de recueillir les informations souhaitées, un devis méthodologique basé sur une étude de documents tel que défini par Paillé (2007) a été utilisé. Ce type d'étude a pour but d'amasser et d'analyser un ensemble de documents pour mieux comprendre un phénomène particulier (Paillé).

5.1.1. Recherche dans les bases de données. Premièrement, des recherches dans les bases de données accessibles électroniquement ont été effectuées à l'aide de mots clés déterminés (exemple de formule ayant été utilisée : (need* OR "occupational need*" OR "functional need*" OR "daily need*") AND schizo* NOT child*) (voir Annexe 1). Plusieurs bases de données ont alors été consultées telles que Medline, PsycINFO, CINAHL et Google Scholar. Des recherches manuelles ont également été

effectuées à partir de listes de références ou autres afin d'obtenir davantage d'articles et donc, d'informations concernant le sujet. Afin d'éviter les articles peu en lien avec le sujet, les mots clés devaient se trouver dans le titre de l'article (*title*) et/ou les sujets d'articles (*subject*).

5.1.2. Sélection des articles. Un total de 436 documents comprenant à la fois des revues systématiques, des études qualitatives, des éditoriaux et autres ont été identifiés. La sélection d'articles a été réalisée à partir de critères préétablis (voir Annexe 2 pour les critères d'inclusion et d'exclusion). Par la suite, à l'aide des titres, des résumés ou encore de certaines portions d'articles tels que l'introduction, la méthode ou encore les objectifs, il a été possible de choisir les documents qui concordaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Un arbre décisionnel illustre le processus de sélection des articles (voir Annexe 3). Puisque différentes bases de données ont été utilisées lors de la recherche documentaire, il a fallu procéder à l'élimination des doublons et pour ce faire, l'utilisation du logiciel EndNote a été requise. Afin de juger de la qualité des documents répertoriés, chacun d'eux a fait l'objet d'une critique inspirée de la grille d'évaluation des articles du CHUQ (2007). Toutefois, étant donné le peu d'étude réalisée auprès de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant dans une unité médico-légale, de nombreux articles traitant des besoins de la clientèle habitant dans des milieux autres que des unités sécurisées ont été conservés (exemples : unités de courte durée en santé mentale, cliniques externes ou encore en milieu communautaire). De plus, les documents possédant des niveaux d'évidence de tous les degrés ont été conservés

dans le but d'inclure l'ensemble des informations traitant des besoins de la clientèle schizophrène.

5.1.3. Extraction des données. Afin de compléter l'analyse des informations se trouvant au sein des divers documents, une grille d'extraction a été utilisée. Cette dernière a été conçue afin de regrouper dans un même document l'ensemble des besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène provenant des différents articles retenus. Ainsi, les documents qui n'ont pas été conservés après la lecture ne figurent pas dans cette grille.

À l'aide de cette grille, les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal ont été synthétisés et classés selon les catégories du MCRO-P. À partir de cette synthèse des besoins de la clientèle schizophrène, il a été alors possible de décrire le rôle que pourrait jouer l'ergothérapeute auprès de cette clientèle en plus de dégager des pistes d'évaluations et d'interventions.

5.2. Consultation d'experts

Dans un deuxième temps, dans le but de compléter les informations obtenues dans les documents, des consultations auprès d'experts ont été réalisées. Il s'agit d'individus ayant des connaissances particulières relatives au sujet de recherche. Pour cet essai, les experts consultés sont deux professionnels de la santé, plus spécifiquement un ergothérapeute, ayant travaillé auprès de cette clientèle ainsi qu'un médecin

psychiatre responsable d'une unité de réadaptation en psychiatrie légale. Ces experts ont entre autres été sélectionnés suite à des recherches informatiques sur le sujet de la schizophrénie et des unités médico-légales, mais également selon des connaissances ou encore des références provenant d'autres professionnels.

D'abord, le premier expert consulté est Jean-Luc Dubreucq, psychiatre sur l'unité de réadaptation à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal depuis 2003 et consultant au Centre de détention Bordeaux. À ces expériences de travail s'ajoute celle de directeur du service de l'enseignement de l'Institut de 2006 à 2009 et de professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie à l'Université de Montréal (Institut Philippe-Pinel, 2011). Dr Dubreucq a également travaillé en psychiatrie générale au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Hôpital Notre-Dame) et à l'hôpital du Haut-Richelieu (Institut Philippe-Pinel, 2011). Le second expert ayant été sollicité est Olivier Dubeau, ergothérapeute ayant travaillé trois ans sur une unité médico-légale au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie à Shawinigan. Parmi ses expériences de travail, M. Dubeau a travaillé sur une unité en courte durée gériatrique pour ensuite s'orienter dans le domaine de la santé mentale où son temps était partagé entre la clientèle du service de médico-légal et celle des services de la première ligne. M. Dubeau travaille dorénavant, depuis l'automne 2011, dans les secteurs de réadaptation de longue durée avec une autre clientèle, mais toujours au même CSSS.

Ainsi, dans le but de recueillir les informations auprès de ces experts, un questionnaire maison personnalisé contenant des questions générales sur la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et leur perception des besoins de cette clientèle et du rôle de l'ergothérapeute a été réalisé et transmis par courrier électronique (voir Annexe 4 pour un exemple du questionnaire). Ces personnes ressources ont eu deux semaines pour le compléter et le remettre afin que les données soient colligées au présent document. Cela a permis de diversifier les sources d'informations et de compléter les résultats obtenus lors de la recherche documentaire avec l'avis des experts. Les réponses des deux experts ont été regroupées et synthétisées en vue d'être présentées sous forme de texte continu.

6. RÉSULTATS

6.1. Résultats basés sur la recension des écrits

Les écrits scientifiques sur les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant sur une unité médico-légale sont peu nombreux. En contrepartie, les articles abordant les besoins des personnes schizophrènes qui vivent dans la communauté sont plus accessibles. C'est pourquoi un ensemble de documents traitant de cette dernière clientèle et de ses besoins (personnes ayant pour diagnostic la schizophrénie et n'ayant pas nécessairement commis un délit criminel) ont été conservés, et ce, même si les milieux de vie différaient du milieu médico-légal. Toutefois, il est possible de croire que plusieurs des besoins mentionnés dans ces articles sont sensiblement les mêmes pour la clientèle visée par cet essai. Dans bon nombre d'études, l'outil d'évaluation *Camberwell Assessment of Need (CAN)*² (Phelan et coll., 1995) a été utilisé afin de décrire les besoins de la clientèle schizophrène (Foldemo, Ek & Borgren, 2004; Grinshpoon et coll., 2008; Kulhara et coll., 2010; Middelboe et coll., 2011; Ochoa et coll., 2003; Popescu & Miclutia, 2009). Il s'agit d'un instrument qui mesure les besoins de la clientèle présentant un problème de santé mentale tel que la schizophrénie. Il comporte 22 thèmes abordant des besoins très différents, dont les soins personnels, la gestion financière, le besoin d'informations sur les traitements et la maladie, les relations sociales, les activités de la vie quotidienne (AVQ), (Foldemo, Ek & Borgren; Grinshpoon et coll.; Gunnmo & Bergman, 2011;

² Voir Annexe 5 pour avoir le détail de l'outil d'évaluation ainsi que les différents thèmes abordés.

Korkeila, Heikkilä, Sorgaard, Vahlberg & Karlsson, 2005; Slade, Phelan, Thornicroft & Parkman, 1996) et qui doivent être identifiés comme étant un besoin comblé, un besoin non comblé, comme n'étant pas un besoin, ou encore, non précisé par la personne interrogée. Ainsi, les articles retenus ont fait ressortir plusieurs informations pertinentes à savoir, les besoins des clients, mais plus spécifiquement, ceux qui ne sont pas comblés. Il était en effet intéressant de connaître les besoins sur lesquels des interventions/actions pourraient avoir un impact plutôt que les autres besoins qui sont actuellement répondus par des aides formelles (tel que les professionnels) ou informelles (provenant de la famille et des amis) (consulter Annexe 6 pour avoir en détail les informations trouvées dans les articles retenus et analysés). Ensuite, ces besoins non comblés ont été répertoriés et placés selon une hiérarchie de 1 à 21 en fonction de la récurrence des besoins. Par exemple, le besoin non comblé d'obtenir des informations sur les traitements s'est fait attribuer la position 1 dans l'étude de Grinshpoon et ses collaborateurs (2008) puisqu'il a été mentionné par le plus d'utilisateurs. De plus, les besoins identifiés ci-dessous sont principalement ceux mentionnés par les utilisateurs eux-mêmes plutôt que ceux rapportés par le personnel ou encore par la famille puisque le questionnaire peut être administré à l'une de ces trois personnes. Compte tenu du but de cet essai, une compilation des besoins non comblés selon la perception des personnes ayant participé aux études a été réalisée.

6.1.1. Besoins des usagers sur les unités de soins aigus ou spécialisés.

D'abord, les articles retenus dans cette catégorie sont ceux où les usagers étaient hospitalisés sur des unités de soins psychiatriques et donc, recevaient des services médicaux. D'abord, 86 % des usagers ayant comme diagnostic la schizophrénie, et qui séjournent à l'hôpital sur des unités de soins aigus ou spécialisés, selon Grinshpoon et al. (2008), rapportent entre un et sept besoins non comblés dans la catégorie des besoins de santé (santé physique, détresse psychologique, symptômes psychotiques, sécurité personnelle et des autres, consommation d'alcool et de drogues). Toujours selon cette étude, pour les besoins en termes de service (information, téléphone, transport et bénéfices), 83 % des personnes mentionnent entre un et quatre besoins non comblés. Finalement, pour les besoins de base (hébergement et alimentation), 69 % des clients se disent comblés (Grinshpoon et coll.). D'un autre point de vue, l'article de Kulhara et coll. (2010) réalisée auprès de personnes schizophrènes vivant en Inde fait ressortir les sept principaux besoins suivants où l'aide reçue n'est pas satisfaisante : bénéfices sociaux, gestion financière, détresse psychologique, symptômes psychotiques, information concernant leur condition et le traitement, activités de la vie quotidienne, relations intimes et les relations sociales. Toutefois, les auteurs de cette étude soulignent le fait qu'il existe un grand contraste avec la littérature occidentale où la nécessité des prestations d'aide sociale (bénéfices sociaux) n'est pas l'un des besoins fréquemment rapportés par l'utilisateur.

6.1.2. Besoins des usagers vivant à domicile et fréquentant ou non des cliniques externes. Les usagers souffrant de schizophrénie vivant dans la communauté rapportent qu'il y a une multitude de besoins qui ne sont pas comblés dans leur quotidien, par exemple les relations sociales et intimes, les AVQ, le besoin d'information sur la maladie et les symptômes (Foldemo, Ek & Bogren, 2004; Gunnmo & Bergman, 2011; Middelboe et coll., 2001; Popescu et Miclutia, 2009; Ochoa et coll., 2003). Évidemment, le fait qu'un des besoins prioritaires soit d'entretenir de bonnes relations sociales est logique compte tenu des nombreuses interactions possibles avec d'autres personnes dans la communauté (ex : lorsqu'ils vont à l'épicerie ou encore lors de discussions avec leurs voisins). Toutefois, par la suite, il est difficile de faire ressortir les principaux besoins puisqu'il n'y a pas une grande variation dans les études recensées. De plus, il semble que les besoins identifiés par la clientèle, la famille et le personnel ne sont pas les mêmes puisque d'un point de vue externe, le mode de vie d'une personne peut être perçu différemment en raison du niveau d'éducation des personnes, des valeurs de chacun ou des expériences passées (Foldemo, Ek & Bogren; Grinshpoon et coll., 2008). D'autres usagers mentionnent le besoin de vivre une vie ordinaire; une vie normale aux yeux de tous (Gunnmo & Bergman). Popescu et Miclutia, quant à eux, relèvent dans leur article réalisé en Roumanie les cinq premiers besoins suivants : la sexualité, les relations intimes, les relations sociales, la gestion financière et les AVQ. Les besoins recensés sont similaires à ceux obtenus dans des études effectuées en Espagne, en Angleterre et dans les pays du Nord, selon les auteurs. Ils mentionnaient

également que l'aide reçue pour combler les besoins était seulement informelle et provenait de la famille.

6.1.3. Synthèse des besoins prioritaires des usagers. À la lumière des résultats obtenus dans la recension des écrits, il apparaît que dans les différents articles, c'est-à-dire dans tous milieux confondus, les cinq premiers besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal qui ressortent le plus comme étant non comblés sont très diversifiés (voir Tableau 1 ci-dessous). Néanmoins, il est possible de retrouver, parmi les besoins qui reviennent le plus souvent, en première position les relations sociales, suivi des relations intimes, de la sexualité, de la gestion financière et en cinquième rang, les activités de la vie quotidienne. Cela amène à croire que l'importance en terme de besoins chez cette clientèle est d'abord d'établir des relations avec autrui, mais également de trouver une personne avec qui partager des facettes de leur vie. Les relations intimes sont donc également un aspect important pour la clientèle. Outre ces besoins, les usagers identifient également la nécessité d'acquérir des connaissances de bases sur les manières de faire pour conserver un domicile. En d'autres mots, apprendre à gérer son budget de même que réaliser les tâches de la vie quotidienne sont des besoins mentionnés. Évidemment, l'ensemble des 22 besoins identifiés à l'aide du *CAN* a été mentionné par les usagers, mais les 17 derniers besoins se retrouvent dans des proportions moindres.

Tableau 1

Compilation des besoins non comblés identifiés par la clientèle

#	Séjournant à l'hôpital sur des unités de soins aigus ou spécialisés		Vivant à domicile et fréquentant ou non des cliniques externes				
	Grinshpoon et coll. (2008)	Kulhara et coll. (2010)	Foldemo, Ek et Bogren (2004)	Gunnmo et Bergman (2011)	Middelboe et coll. (2001)	Ochoa et coll. (2003)	Popescu et Miclutia (2009)
1	-Informations sur les traitements	-Bénéfices sociaux	-Relations sociales -AVQ	-Informations sur maladie mentale	-Relations sociales	-Relations sociales	-Sexualité
2	-Bénéfices sociaux	-Symptômes psychotiques	-Informations générales -Symptômes psychotiques	-Relations professionnelles	-Relations intimes	-Relations intimes	-Relations intimes
3	-Sexualité	-Déresse psychologique	-Alimentation	-Relations sociales	-Symptômes psychotiques	-Sexualité	-Relations sociales
4	-Déresse psychologique -Relations sociales -Relations intimes	-Gestion financière -Informations générales	-Hébergement -Entretien du domicile -Problèmes physiques -Gestion financière	-Travail	-Déresse psychologique	-AVQ	-Gestion financière
5	-Symptômes psychotiques	-AVQ	-Déresse psychologique -Bénéfices sociaux	-AVQ et activités de la vie domestique	-Informations générales	-Déresse psychologique	-AVQ
6	-AVQ	-Relations intimes	-Alcool -Drogues -Relations intimes -Téléphone -Transport		-AVQ	-Bénéfices sociaux	-Déresse psychologique
7	-Sécurité des autres	-Relations sociales	-Soins personnels -Sécurité personnelle -Sécurité des autres -Sexualité -Soins des enfants -Éducation de base		-Sexualité	-Éducation de base	-Bénéfices sociaux

Tableau 1 (suite)

Compilation des besoins non comblés identifiés par la clientèle

#	Séjournant à l'hôpital sur des unités de soins aigus ou spécialisés		Vivant à domicile et fréquentant ou non des cliniques externes				
	Grinshpoon et coll. (2008)	Kulhara et coll. (2010)	Foldemo, Ek et Bogren (2004)	Gunnmo et Bergman (2011)	Middelboe et coll. (2001)	Ochoa et coll. (2003)	Popescu et Miclutia (2009)
8	-Santé physique	-Sexualité			-Hébergement	-Symptômes psychotiques	-Alimentation -Symptômes psychotiques -Sécurité personnelle
9	-Transport	-Santé physique			-Gestion financière	-Informations générales	-Santé physique -Alcool
10	-Soins personnels -Sécurité personnelle -Drogues -Gestion financière	-Soins des enfants			-Santé physique	-Gestion financière	-Entretien du domicile -Soins des enfants -Éducation de base
11	-Hébergement	-Drogues			-Bénéfices sociaux	-Sécurité personnelle	-Hébergement -Soins personnels -Information -Sécurité des autres -Téléphone
12	-Alimentation -Entretien du domicile -Éducation de base	-Hébergement -Éducation de base -Soins personnels			-Entretien du domicile	-Transport	-Drogues -Transport
13	-Alcool -Soins des enfants	-Transport			-Sécurité personnelle	-Entretien du domicile	
14	-Téléphone	-Entretien du domicile			-Alimentation	-Hébergement -Santé physique	
15		-Alimentation			-Éducation de base	-Alimentation -Téléphone	

Tableau 1 (suite)

Compilation des besoins non comblés identifiés par la clientèle

#	Séjournant à l'hôpital sur des unités de soins aigus ou spécialisés		Vivant à domicile et fréquentant ou non des cliniques externes				
	Grinshpoon et coll. (2008)	Kulhara et coll. (2010)	Foldemo, Ek et Bogren (2004)	Gunnmo et Bergman (2011)	Middelboe et coll. (2001)	Ochoa et coll. (2003)	Popescu et Miclutia (2009)
16		-Sécurité personnelle -Téléphone			-Transport -Soins des enfants	-Soins des enfants	
17		-Sécurité des autres -Alcool			-Soins personnels	-Sécurité des autres -Drogues	
18					-Alcool	-Soins personnels -Alcool	
19					-Téléphone		
20					-Drogues		
21					-Sécurité des autres		

6.2. Besoins des usagers sur les unités médico-légales selon les experts

6.2.1. Besoins de la clientèle selon l'emploi du temps. En lien avec la répartition du temps des usagers résidant sur une unité médico-légale et de leur participation à des occupations, Jean-Luc Dubreucq indique que la clientèle reste principalement occupée par le vaste choix d'activités de réadaptation et de loisirs proposées par l'Institut Philippe Pinel. Certains usagers peuvent également faire des activités dans le milieu communautaire s'ils sont stables médicalement et ont le droit de sortir de l'unité. D'un autre point de vue, Olivier Dubeau mentionne que dans son milieu, les usagers sont très peu actifs le matin, leur principale occupation étant le sommeil. En après-midi, ils sont plus éveillés et s'occupent de diverses façons soit en écoutant de la musique, en passant du temps à la chambre, en écoutant la télévision, en jouant à des jeux de société, etc. Toutefois, il semble que les usagers sont à leur plus haut niveau d'énergie en soirée et qu'à ce moment, ils désirent s'impliquer davantage dans des occupations. Peu importe le milieu, un éventail d'activités est proposé à la clientèle (ex. activités sportives, créations artistiques, groupes psychoéducatif, tâches domestiques, etc.), mais certaines personnes ne peuvent pas participer puisque leur traitement pharmacologique n'est pas adéquat et/ou ajusté correctement ce qui peut entraîner des difficultés sur le plan comportemental, un manque de motivation ou encore il est possible qu'elles ne puissent participer par mesure de sécurité.

6.2.2. Besoins et engagement occupationnel. Pour ce qui est des besoins étant en lien avec l'engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène ayant

commis un délit criminel, Olivier Dubeau indique que sur les unités médico-légales, les principaux besoins se retrouvent au niveau des relations sociales, des informations et des connaissances relatives à la maladie dans le but de prévenir les rechutes possibles, la gestion des émotions, la gestion du stress et la mise en action. Dr Dubreucq, quant à lui, mentionne le besoin de retrouver une structure temporelle, spatiale, corporelle et psychique, de même que la nécessité de développer des capacités relationnelles, de remédier aux déficits cognitifs, de résoudre des problèmes et d'apprendre à gérer les émotions, dont la colère. Outre ces éléments, il précise qu'il est important, en tant qu'intervenant, de se pencher sur la double stigmatisation (maladie mentale et violence) à laquelle cette clientèle peut être exposée. Il faut également voir à ce que l'individu ne se prive pas de réaliser des occupations de par les préjugés qu'il pourrait être la cible. D'ailleurs, Margetić, Aukst-Margetić, Ivanec & Igor (2008) soutiennent que le problème de la stigmatisation est présent chez la clientèle schizophrène en unité médico-légale. En vue d'un congé de l'hôpital et afin de pouvoir vivre dans la communauté, Olivier Dubeau affirme que les besoins sont davantage sur le plan de la gestion financière, de la réduction de la consommation, de la mise en action, du maintien d'un horaire occupationnel sain et des aptitudes en cuisine (préparation de repas). Dr Dubreucq rapporte qu'il faut s'assurer qu'un suivi étroit soit effectué auprès des clients dans la communauté afin de rester à l'affût des facteurs de risque possibles pouvant entraîner une rechute et afin d'aider les usagers à conserver les habiletés qu'ils ont acquises durant l'hospitalisation. Le soutien aux études et à l'emploi ainsi que les relations sociales sont aussi très importants à prendre en compte. Tout compte fait, les experts interrogés

mentionnent des besoins en lien avec les 3 sphères du rendement occupationnel. Que ce soit des besoins liés à la personne, à l'environnement ou à l'occupation, les usagers des unités médico-légales bénéficieraient d'interventions permettant de combler ces besoins.

6.3. Synthèse de l'ensemble des résultats

À la lumière des résultats, certains besoins ont été identifiés par les deux sources d'informations, c'est-à-dire la recension des écrits et la consultation d'experts, tandis que d'autres n'ont été mentionnés que par l'une des méthodes de cueillette de données. À l'aide du MCRO-P, l'ensemble des besoins ont été catégorisés selon s'ils sont liés à la personne, l'occupation ou l'environnement (voir Tableau 2). Or, il apparaît que l'ensemble des sphères du rendement occupationnel peut être touché chez l'utilisateur en raison de nombreux besoins non comblés. Ainsi, il est possible non seulement de comparer les résultats, mais également d'obtenir une vision plus large des besoins de la clientèle schizophrène.

Tableau 2

**SYNTHÈSE DE L'ENSEMBLE DES BESOINS RÉPERTORIÉS EN LIEN AVEC UN
ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL OPTIMAL CATÉGORISÉS À L'AIDE DU
MCRO-P**

	Selon la recension des écrits	Selon les experts
OCCUPATION		
Soins personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Soins personnels et d'hygiène - Réduction des méfaits (drogues et alcool) - Sexualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Horaire occupationnel stable et sain - Réduction des méfaits (consommation de drogue, alcool, tabac)
Productivité	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion financière - Préparation de repas - Entretien du domicile - Transport - Travail - Utilisation du téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion financière - Préparation de repas - Avoir un travail, faire du bénévolat, ses études ou autre
Loisirs		<ul style="list-style-type: none"> - Trouver des occupations significatives
PERSONNE		
Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Santé physique (symptômes relatifs à la maladie) 	
Affectif	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des émotions - Gestion du stress
Cognitif	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance sur la maladie, les traitements, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance sur la maladie, les traitements, etc. - Remédier aux déficits cognitifs - Résolution de problèmes - Travailler l'auto- stigmatisation (maladie mentale et violence)
Spirituel		<ul style="list-style-type: none"> - Mise en action (motivation)
ENVIRONNEMENT		
Social	<ul style="list-style-type: none"> - Relations sociales - Relations intimes - Relations professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Relations sociales
Physique		
Culturel		<ul style="list-style-type: none"> - Travailler la double stigmatisation (maladie mentale et violence)
Institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfices sociaux 	

6.4. Rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle ciblée

De juin 2011 à avril 2012, peu d'études pertinentes justifiant le rôle de l'ergothérapeute auprès de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant dans une unité médico-légale ont été répertoriées. Rappelons que l'ergothérapeute œuvrant auprès d'individus présentant des problèmes de santé mentale est décrit comme étant un professionnel qui vise à favoriser le développement d'habiletés requises à la vie domestique en vue d'aider ces personnes à réintégrer la société (Forward, Lloyd & Trevan-Hawke, 1999).

Selon Jean-Luc Dubreucq, psychiatre, la profession d'ergothérapeute est importante dans le domaine de la santé mentale puisqu'il s'agit d'un professionnel qui contribue à la réalisation d'évaluations fonctionnelles et qui collabore au traitement et à la réadaptation des individus aux prises avec une problématique de santé mentale. À cela, il ajoute qu'en date de mars 2012, à l'Institut Philippe Pinel, il n'y a qu'un seul ergothérapeute y travaillant depuis fin 2011 seulement alors qu'il souhaiterait qu'il y ait la création d'un véritable service d'ergothérapie. Dr Dubreucq mentionne que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle à jouer sur le plan de « l'évaluation des déficits fonctionnels » des personnes atteintes de schizophrénie sur les unités médico-légales. De plus, il rapporte une problématique fréquente sur ces unités. Il semblerait que la clientèle schizophrène est plus réfractaire à prendre la médication, ce qui fait en sorte de rendre les approches pharmacologiques et de traitement moins efficaces et qui amène l'équipe des soins à user plus souvent des contentions. À cet égard, l'ergothérapeute pourrait, à

son avis, apporter un nouvel éclairage afin de remédier ou du moins tenter de résoudre ces situations difficiles en vue de diminuer l'usage des mesures d'isolement et/ou de contentions. Finalement, il indique que l'ergothérapeute a pour tâche de structurer les interventions thérapeutiques par le biais des AVQ et des activités récréatives.

Pour sa part, Olivier Dubeau décrit son rôle d'ergothérapeute auprès de la clientèle en santé mentale ayant commis un délit criminel comme étant principalement un rôle de consultant compte tenu des mandats reçus qui consistaient habituellement à « déterminer le rendement occupationnel et le niveau d'autonomie au quotidien [des usagers] dans l'optique d'émettre une opinion [professionnelle] sur l'orientation des services ». Néanmoins, il ajoute qu'à l'occasion son rôle s'élargissait jusqu'à celui de fournir de l'enseignement sur les habiletés de la vie de tous les jours ou de fournir des renseignements sur l'usager dans le but d'aider à préciser le diagnostic psychiatrique. Olivier Dubeau précise que le poste d'ergothérapeute au sein de l'unité médico-légale du CSSS de l'Énergie n'était pas un poste à temps plein lorsqu'il y travaillait et qu'advenant un changement positif dans le nombre d'heures allouées, cela pourrait permettre à l'intervenant de s'impliquer davantage et d'intervenir selon une approche de réadaptation et/ou de réintégration sociale auprès de cette clientèle.

7. DISCUSSION ET ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS

En lien avec la question de recherche qui visait à connaître, dans un premier temps, les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant sur une unité médico-légale et en deuxième temps, le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle, il s'avère que la méthode utilisée dans cet essai a permis de faire ressortir des informations très pertinentes.

7.1. Besoins de la clientèle en lien avec un engagement occupationnel optimal

D'abord, mentionnons qu'il existe un consensus établi par les professionnels de la santé qui affirme que les services en santé mentale devraient être fournis en fonction des besoins des clients (Slade, 1994). De ce fait, en lien avec un engagement occupationnel optimal, dans les milieux de vie où l'individu est hospitalisé, les principaux besoins identifiés par les usagers sont surtout orientés vers les soins médicaux ainsi que la nécessité d'obtenir de l'information sur la maladie, les symptômes et les traitements. Toutefois, dans la communauté, l'importance en termes de besoin est davantage orientée vers les relations sociales. Les activités de la vie quotidienne, la gestion financière, un horaire occupationnel sain et équilibré deviennent également des préoccupations importantes. De plus, de manière générale, les études rapportent que l'aide informelle provenant des proches et de la famille ne suffit pas pour combler les besoins (Kulhara et coll., 2010; Middelboe et coll., 2001; Ochoa et coll., 2003; Popescu

& Miclutia, 2009). Or, sur les unités médico-légales, les besoins de la clientèle s'apparentent plus au milieu de vie où les individus séjournent à l'hôpital sur des unités de soins aigus ou spécialisés. Néanmoins, considérant le cheminement des usagers allant de ces unités à la communauté, tous les besoins recensés dans les différents milieux peuvent être importants à prendre en compte. De plus, le tableau 2 intitulé « Synthèse de l'ensemble des besoins répertoriés en lien avec un engagement occupationnel optimal catégorisés à l'aide du MCRO-P » permet de dégager les ressemblances et les divergences entre les besoins recensés par les usagers eux-mêmes (provenant de la littérature) et ceux mentionnés par les experts consultés pour cet essai. Ainsi, il apparaît que les professionnels de la santé ont une vision plus large des besoins de la clientèle, voire au-delà des besoins immédiats du client. En d'autres mots, ils voient également des besoins d'éviter la rechute et ce, en travaillant au niveau de la personne (mise en action, gestion des comportements, gestion des émotions et du stress, autostigmatisation et résolution de problèmes).

7.2. Rôle de l'ergothérapeute : Pistes d'évaluations et d'interventions possibles

En réponse au deuxième objectif, à la lumière des résultats, l'ergothérapeute pourrait jouer un rôle significatif auprès de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant sur une unité médico-légale. D'abord, ce professionnel pourrait travailler auprès de la clientèle et de concert avec l'équipe traitante à développer et maintenir des habiletés en ce qui a trait aux relations sociales et aux connaissances de base sur la maladie, ses symptômes et les traitements. Tel que mentionné précédemment,

prévenir les rechutes est également un aspect majeur à considérer dans le traitement et en vue de l'intégration sociale. Pour ce faire, de l'enseignement en lien avec la gestion de la médication est aussi fort important (Cottrell, 2000). L'ergothérapeute pourrait aider la personne ayant un diagnostic de schizophrénie à développer les habiletés nécessaires reliées aux activités de la vie domestique telle que la résolution de problème par le biais des occupations. Parmi celles-ci, on retrouve par exemple la préparation de repas, l'entretien ménager, la gestion financière, etc. D'autres aspects importants seraient l'établissement d'un horaire occupationnel stable et sain comprenant par exemple des heures fixes de lever et de coucher et la recherche d'occupations significatives pour le client. Cela permettrait alors un engagement occupationnel optimal et par le fait même, favoriserait la réadaptation de l'individu. Les possibilités d'action de la part de l'ergothérapeute, en lien avec les besoins de la clientèle, sont nombreuses et conséquemment, demandent une priorisation.

Afin d'évaluer les besoins du client, l'ergothérapeute peut utiliser un ensemble de modalités d'évaluation, telles qu'une entrevue, des mises en situation (en tâches réelles, par exemple), des observations, des techniques projectives, des questionnaires et des outils standardisés. Parmi ces derniers se trouve le *CAN* (Phelan et coll., 1995) qui a été utilisé dans les articles précédemment décrits. Il s'avère que celui-ci a démontré son efficacité auprès de la clientèle en santé mentale, tous diagnostics confondus. D'ailleurs, Flisher, Sorsdahl et Joska (2012) mentionnent dans leur étude réalisée en Afrique du Sud que cet instrument est relativement fiable pour évaluer les besoins de jeunes aux prises

avec une maladie mentale. De plus, une version spécifique a été créée à partir de cet outil afin de s'appliquer auprès de la clientèle présentant une problématique de santé mentale et séjournant sur une unité médico-légale. Il s'agit du *Forensic CAN (CANFOR)* (Institut de psychiatrie – King's College London, 2010) qui a démontré de bonnes propriétés métrologiques (Thomas et coll., 2008). Une récente étude réalisée par Abou-Sinna et Luebbbers (2012) portant sur la validité de cet outil et du *Health of the Nation Outcome Scales–Secure (HoNOS-S)* a démontré que le *CANFOR* est plus adapté à la clientèle étant donné l'ensemble des besoins qu'il recueille et ce, incluant la portion criminelle. Les auteurs affirment même qu'il s'agit d'un outil d'évaluation que les unités médico-légales auraient avantage à utiliser davantage. Cette version pourrait donc être fort intéressante et pertinente à utiliser par les ergothérapeutes.

Plus spécifiquement à l'ergothérapie, un outil tel que L'*Independent Living Scale (ILS)*, développé par Patricia Anderten Loeb (1996), peut être utilisé auprès de la clientèle présentant une problématique de santé mentale puisqu'il s'agit d'un questionnaire qui évalue les habiletés fonctionnelles requises à un fonctionnement satisfaisant dans la communauté. Ainsi, cet outil pourrait être utilisé avec la clientèle schizophrène en unité médico-légale pour déterminer les capacités du client et orienter les services de réadaptation. Le *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*, publié par Anne G. Fisher en 1990, est, quant à lui, un test qui évalue la performance occupationnelle du client en se basant sur l'observation de ce dernier en contexte réel puisqu'il doit effectuer des tâches habituelles de la vie domestique ou quotidienne

(Merritt, 2011). Outre ces outils d'évaluations, il en existe bien d'autres qui peuvent être utilisés par les ergothérapeutes tels que la version 4.0 du *Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)* de Forsyth et ses collaborateurs (2005) qui consiste en une entrevue semi-structurée permettant de mesurer la participation occupationnelle du client ou encore la version 2.1 du *Occupational Performance History Interview II (OPHI-II)* de Kielhofner et ses collaborateurs (2004) qui évalue la performance d'un individu au travail, dans ses loisirs et dans ses soins personnels. Afin d'évaluer les interactions sociales de l'individu, la version 4.0 du *Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)* de Forsyth, Salamy, Simon et Kielhofner (1998) peut être utilisé car il se veut un outil d'observation standardisé destiné à recueillir des données concernant la communication et les interactions d'une personne lors d'une occupation et/ou dans un groupe social dans lequel elle prend part.

Parmi les évaluations projectives se retrouve la méthode du thème de l'arbre, par exemple, qui sert à stimuler la communication en encourageant la personne à exprimer ses expériences, ses émotions et ses pensées (Gunnarsson, Jansson & Eklund, 2006). L'entrevue motivationnelle peut également être une bonne méthode afin d'aider l'individu à trouver sa motivation pour modifier un comportement problématique à l'aide de stratégies telles que faire preuve d'empathie, développer les divergences, éviter les argumentations et nourrir le sentiment d'efficacité personnel (Rollnick & Miller, 1995). L'entrevue permet donc de documenter tant la dimension cognitive de la personne que celle affective (Rollnick & Miller). Ainsi, le processus de remotivation

pourra être utilisé en guise d'intervention par la suite considérant qu'il a été conçu dans le but d'améliorer la motivation de l'utilisateur à s'engager dans des occupations (De las heras, Ilerena & Kielhofner, 2006). Somme toute, l'ergothérapeute doit prioriser les besoins du client en plus de documenter les capacités de l'utilisateur et son fonctionnement au quotidien dans le but d'élaborer un plan d'intervention individualisé.

Pour ce qui est des interventions, elles seront déterminées en tenant compte des besoins qui auront été retenus à l'évaluation. Plusieurs modalités d'intervention peuvent être utilisées. D'abord, il y a le suivi individuel ou encore le suivi de groupe qui optimise la motivation et les apprentissages (Borg & Bruce, 1991; Cole, 2005; Howe, 2001). Tel que mentionné précédemment, le processus de remotivation est un outil fort intéressant pour accroître la motivation du client. Ainsi, l'identification d'occupations significatives est alors de mises pour favoriser l'engagement occupationnel et cela peut se faire par une liste d'intérêt, par exemple. De plus, l'établissement de routines occupationnelles saines permet au client de trouver un sens à sa vie et de restaurer l'équilibre occupationnel. Les mises en situation et l'entraînement aux habiletés, quant à eux, reflètent plus la réalité et peuvent donc être plus stimulants et significatifs pour le client (Legault & Rebeiro, 2001). Par exemple, le fonctionnement satisfaisant du client au quotidien est souvent un objectif visé en ergothérapie puisque l'autonomie et la responsabilisation sont des valeurs préconisées. Ainsi, par l'entremise d'activités, l'entraînement aux tâches domestiques (exemple, entretien ménager, lessive, préparation de repas, etc.) peut être réalisé. De plus, une approche telle que l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT)

consiste en une approche de réadaptation de groupe spécifiquement conçu pour les personnes présentant un diagnostic de schizophrénie. Il vise l'entraînement aux habiletés et comprend six modules, soit : 1) Différenciation cognitive; 2) Perception sociale; 3) Communication verbale; 4) Compétence sociale; 5) Résolution de problème interpersonnelle et 6) Gestion des émotions (Pomini, Neis, Brenner, Hodel & Roder, 1998). À cela, 2 autres modules se sont ajoutés dans la version québécoise soit, vie quotidienne et projet de vie (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012) qui permettent davantage l'application en contexte réel des acquisitions obtenues et l'identification d'un plan futur. Tout compte fait, l'implantation de cette approche au Québec est relativement nouvelle, mais présente d'ores et déjà de très bons commentaires pour ce qui est de l'entraînement aux habiletés pour la clientèle en santé mentale tel la schizophrénie (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012, Institut Philippe-Pinel, 2011).

L'adaptation de l'environnement et/ou de l'occupation sont également des éléments importants considérant qu'il s'agit d'obstacles à l'engagement occupationnel tel que mentionné précédemment. Ainsi, cela permet de pallier les déficits du client (Lefebvre & Vézina, 2003) et de contrer la privation occupationnelle. Le fait de modifier le moment de la journée pour réaliser l'occupation ou encore de fournir les ressources matérielles, financières ou humaines nécessaires à l'accomplissement de l'activité peut être des exemples de modification de l'environnement. Puis, de l'enseignement et de la psychoéducation peuvent être faits par le thérapeute dans le but de rendre des informations accessibles à son client (Taylor, 2008).

Dans un autre ordre d'idées, l'utilisation d'un journal auquel l'utilisateur peut y colliger ses pensées et ses émotions est aussi un outil que l'ergothérapeute peut utiliser avec son client. Le support et l'accompagnement ainsi que les références vers des ressources externes (exemples; ressources communautaires en santé mentale, ressources en aide ménagère ou pour les repas), principalement en contexte de fin d'hospitalisation, sont également des modalités d'interventions fortes importantes. Des recommandations peuvent également être données à l'utilisateur pour qu'à son retour dans la communauté, il puisse appliquer les apprentissages faits lors de son séjour sur l'unité médico-légale. Rappelons que l'utilisateur n'est souvent pas le seul impliqué dans la thérapie. En effet, sa famille et ses proches sont généralement des personnes avec lesquels il faut aussi intervenir en fournissant du support et de l'accompagnement ou encore des informations sur la maladie et ses symptômes pour une meilleure compréhension de ce qu'est la schizophrénie.

D'autres interventions font également partie du domaine des connaissances de l'ergothérapeute tel qu'intervenir sur l'auto-stigmatisation dans le but de la diminuer, modifier ses schèmes de pensées, identifier ses valeurs, développer son sentiment d'appartenance et son autocritique, apprendre à gérer ses comportements inadaptés, ses émotions et son stress ainsi que résoudre des problèmes pouvant survenir au courant de la vie. Évidemment, une variété de programmes sont conçus afin de répondre à ses besoins. Par exemple, le programme *Program of Assertive Community Treatment (PACT)* est à la fois un modèle de traitement et de réadaptation pour la clientèle en santé

mentale (Test, 1998). Un programme inspiré de celui-ci, dans lequel l'ergothérapeute aurait un rôle à jouer, pourrait débiter sur les unités médico-légales et se poursuivre dans la communauté pour assurer une meilleure continuité des services et prévenir la réadmission en institution.

Un autre élément à considérer est le délai variable des séjours des individus sur ces unités, allant de quelques mois à plusieurs années (O. Dubeau, communication personnelle, 30 mars, 2012; J-L. Dubreucq, communication personnelle, 31 mars, 2012). Cela peut faire en sorte de diminuer la longueur des interventions d'où l'importance de choisir des modalités d'interventions adaptées aux besoins du client et qui tiennent compte de la dimension temporelle. Notamment, certaines interventions peuvent se faire en groupe et s'échelonner sur plusieurs semaines considérant les thèmes abordés. Ainsi, un groupe dit ouvert sera davantage pertinent qu'un fermé étant donné le fait qu'un individu peut entrer dans le groupe à n'importe quel moment malgré le fait qu'il n'ait pas complété les précédents modules. Un exemple d'un groupe ouvert pourrait porter le sujet de la gestion des émotions.

Afin de favoriser l'engagement occupationnel, il est d'autant plus important de trouver une ou des activités significatives pour le client. La mise en action est également un aspect qui peut être développé par le biais de ces activités. À une plus grande échelle, faire de la prévention ou plutôt de la sensibilisation auprès de la société pourrait diminuer la stigmatisation de ces individus aux prises avec des problèmes de santé

mentale. Évidemment, les éléments mentionnés précédemment constituent seulement quelques-unes des interventions possibles en ergothérapie auprès de la clientèle schizophrène en unité médico-légale. L'ergothérapeute doit donc faire usage de son jugement professionnel et déterminer les interventions requises en lien avec les besoins de son client. Qui plus est, l'ergothérapeute travaille souvent en équipe et donc, cette collaboration avec les autres membres est primordiale afin de fournir des services personnalisés et centrés sur les besoins du client.

7.3. Limites de l'étude

Finalement, cette étude présente des limites en lien avec les résultats obtenus. D'abord, les besoins des usagers du Canada ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux d'autres pays tels que la Roumanie, l'Inde, l'Espagne ou encore l'Angleterre. Malgré cela, les articles traitant des besoins des schizophrènes en Inde ainsi qu'en Roumanie permettent de dégager des éléments communs et pertinents à ce qui est vécu ici au Canada où l'aide offerte est plutôt formelle (Kulhara et coll., 2010; Popescu & Miclutia, 2009). De plus, dans les autres pays, les usagers reçoivent davantage d'aide de type informelle en raison de leur mode culturel, ce qui diverge du Canada. Dans un autre ordre d'idée, les articles répertoriés ont été réalisés principalement auprès de schizophrènes vivant dans d'autres milieux que dans les unités médico-légales. Aussi, le milieu sécurisé impose des restrictions et fait en sorte de limiter l'engagement occupationnel d'où une différence possible dans les besoins des usagers. Des exemples de contraintes à l'intervention dues au milieu pourraient être le choix des matériaux pour

la réalisation des occupations, le moment choisi dans la journée pour les réaliser ou encore le fait d'être entouré de personnes présentant des problèmes de santé mentale.

8. CONCLUSION

En guise de conclusion, le but de cette présente étude était de déterminer les besoins en lien avec un engagement occupationnel optimal de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel et séjournant sur une unité médico-légale. De plus, le second objectif était de décrire le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle et de dégager des pistes d'évaluation et d'intervention. Ainsi, à l'aide de la recension des écrits et de l'avis des experts, certains besoins de la clientèle ont été identifiés. Parmi les besoins non comblés se trouvaient les relations sociales et intimes, la sexualité, la gestion financière et les activités de la vie quotidienne (AVQ). Outre ses besoins, celui d'obtenir des informations sur la maladie et les traitements étaient également des préoccupations des usagers. Quant aux experts, ces derniers ont également mentionné des besoins similaires à ceux rapportés par les usagers tels que les relations sociales, la gestion financière, la préparation de repas et le fait de trouver des occupations significatives. Toutefois, ils avaient aussi une vision plus large des besoins de la clientèle, voire au-delà des besoins immédiats. Par exemple, éviter les rechutes lors de la fin de l'hospitalisation, réduire la consommation d'alcool et de drogues ou encore veiller à réduire l'auto-stigmatisation faisaient partie des besoins identifiés par les experts chez la clientèle schizophrène en unité médico-légale. Ainsi, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer auprès de cette clientèle compte tenu de la multitude de besoins tant au niveau de la personne, de l'environnement que de l'occupation. Que ce soit de favoriser le développement d'habiletés requises à la vie domestique en vue d'aider à la

réintégration dans la société, de contribuer à la réalisation d'évaluations fonctionnelles ou de collaborer au traitement et à la réadaptation, plusieurs possibilités en terme d'interventions sont possibles en fonction des besoins spécifiques des usagers. Dans un autre ordre d'idées, sur les unités médico-légales, les ergothérapeutes pourraient également voir à répondre à un tout autre besoin des usagers. Ainsi, ces professionnels pourraient tenter de trouver un moyen compensatoire aux contentions permettant ainsi à ces personnes de ne pas vivre de privation occupationnelle, car bien souvent, les approches pharmacologiques utilisées amènent des restrictions en terme d'engagement occupationnel. Finalement, en s'inspirant de l'article de Grinshpoon et coll. (2008), en ciblant précisément la population qui retourne souvent sur les unités médico-légales et en déterminant quels sont les besoins non-comblés associés à leur réadmission à l'unité, il serait possible d'envisager de réduire les hospitalisations en intervenant auprès de ces personnes en vue qu'elles soient plus en mesure de répondre à leurs besoins ou encore de voir à mieux combler leurs besoins.

RÉFÉRENCES

- Abou-Sinna, R. & Luebbers, S. (2012). Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need–Forensic and Health of the Nation Outcome Scales–Secure. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1(1), 1-9.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. (2^e éd.). Boston, MA : Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa, ON : ACE.
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) (2011). Site consulté le 26 juillet 2011 du <http://www.acsm.ca/bins/index.asp?lang=2>
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2002). *Psychopathologie. Une approche multidimensionnelle*. Paris : De Boeck.
- Bejerholm, U., Eklund, M. (2007). Occupational Engagement in Persons With Schizophrenia: Relationships to Self-Related Variables, Psychopathology, and Quality of Life, *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 21-32.
- Bonder, B.R. (2004). *Psychopathology and function*. Thorofare, NJ : Slack inc.
- Borg, B. & Bruce, M.A. (1991). *The group system : The therapeutic activity group in occupational therapy*. Thorofare, NJ : Slack inc.
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2009). Le système ontarien de services psychiatriques médico-légaux : Guide d'information. Site consulté le 11 avril 2012 du http://www.camh.net/fr/Care_Treatment/Resources_clients_families_friends/Forensic_Mental_Health_Ontario/index.html
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). (2007). *Recherche et analyse documentaires visant la réalisation d'un rapport d'évaluation et d'un avis préliminaire. Guide méthodologique*. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie et de la performance. Document consulté le 15 mai 2011 du http://www.chuq.qc.ca/NR/rdonlyres/C375B102-CD51-4D11-B4B8-54D18DA1FE2E/0/document_methodologie_recherche_documentaire_rapport_eva.pdf

- Cole, M. B. (2005). *Group dynamics in occupational therapy*. Thorofare, NJ : Slack inc.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2006). De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Site consulté le 29 octobre 2011 du <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/SOCI/rep/rep02may06-f.htm>
- Cottrell F., R.P. (2000). *Proactive Approaches in Psychosocial Occupational Therapy*. Thorofare, NJ : Slack inc.
- Craik, C., Bryant, W., Ryan, A., Barclay, S., Brooke, N., Mason, A., & Russell, P. (2010). A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(5), 339-344.
- De las Heras, C.G., Llerena, V., Kielhofner, G. (2006). Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition [Traduction et adaptation de l'Université de Laval]. Version 1.0. Chicago : Université de l'Illinois à Chicago. 133 p.
- Department of Health Social Services Inspectorate (1991) Care management and assessment: summary of practice guidance. HMSO, London.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R). (2000). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Farnworth, L., Nikitin, L., & Fossey, E. (2004). Being in a secure forensic psychiatric unit: every day is the same, killing time or making the most of it. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), 430-438.
- Flisher, A., Sorsdahl, K., & Joska, J. (2012). Reliability of the Camberwell Assessment of Need for South African mental health service users. *The International Journal Of Social Psychiatry*, 58(1), 47-54.
- Foldemo, A., Ek, A.-C., & Bogren, L. (2004). Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 381-385.
- Forward, M. J., Lloyd, C., & Trevan-Hawke, J. (1999). The OT in the forensic psychiatric setting. *British Journal of Therapy & Rehabilitation*, 6(9), 442-446.

- Grinshpoon, A., Friger, M., Orev, E., Shvarts, S., Kaplan, Z. E., Abramowitz, M. Z., & Ponizovsky, A. M. (2008). Relative perceptions of the needs of inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(3), 201-209.
- Gunnarsson, A.B., Jansson, J-A & Eklund, M. (2006). The tree theme method in psychosocial occupational therapy : A case study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 13, 229-240.
- Gunnmo, P., & Bergman, H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 6(1), 1-11.
- Hansson, L., Sandlund, M., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Karlsson, H., Mackeprang, T. et coll. (2003). The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 5-11.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2012). Site consulté le 11 avril 2012 du <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/cle56/episode-02.html>
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2012). Site consulté le 23 juillet 2012 du <http://www.hlhl.qc.ca/http://www.hlhlqcca/centre-quebecois-de-reference-a-lapproche-ipt/centre-quebecois-de-reference-a-lapproche-ipt/ipt/les-6-modules-ipt.html>
- Howe, M.C. (2001). *A Functional Approach to Group Work in Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Institut Philippe-Pinel (2006). Site consulté le 15 mai 2012 du <http://www.pinel.qc.ca/contentt.aspx?navid=101&CultureCode=fr-CA>
- Institut Philippe-Pinel (2011). Site consulté le 26 juillet 2011 du <http://www.pinel.qc.ca/>
- Institut de psychiatrie – King's College London, (2010). Site consulté le 15 mai 2012 du <http://www.iop.kcl.ac.uk/virtual/?path=/hsr/prism/can/canfor/>
- Institut universitaire en santé mentale - Douglas (2011). Site consulté le 2 novembre 2011 du <http://www.douglas.qc.ca/info/commettre-delit>
- Korkeila, J., Heikkilä, J., Hansson, L., Sørgeard, K. W., Vahlberg, T., & Karlsson, H. (2005). Structure of needs among persons with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(3), 233-239.

- Kulhara, P., Avasthi, A., Grover, S., Sharan, P., Sharma, P., Malhotra, S., & Gill, S. (2010). Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(8), 809-818.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1), 9-23.
- Legault, E., & Rebeiro, K. L. (2001). Case report. Occupation as means to mental health: a single-case study. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 90-96.
- Lefebvre, C., & Vézina, F. (2003). [Adapting the environment. A means to help to compensate for cognition deficiencies]. *Revue Médicale De La Suisse Romande*, 123(7), 466-470.
- Lin, N., Kirsh, B., Polatajko, H. & Seto, M. (2009). The Nature and Meaning of Occupational Engagement for Forensic Clients Living in the Community. *Journal of Occupational Science*, 16(2), 110-119.
- Margetić, B., Aukst-Margetić, B., Ivanec, D., & Igor, F. (2008). Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(6), 502-513.
- Merritt, B. K. (2011). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to determine the need for assistance. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(6), 643-650.
- Middelboe, T., Mackeprang, T., Hansson, L., Werdelin, G., Karlsson, H., Bjarnason, O. & Sörgaard, K. W. (2001). The Nordic study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 16(4), 207-214.
- Ministère de la Justice (2011). Site consulté le 29 octobre 2011 du <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/generale/public-gen.htm>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2011). Site consulté le 21 juillet 2011 du http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?accueil
- Molineux, M. & Whiteford, G. (1999) Prisons : from occupational deprivation to occupational enrichment. *Journal of Occupational Science*, 6(3), 124-130.

- Mullen, P. E., Briggs, S., Dalton, T. & Burt, M. (2000) Forensic Mental Health Services in Australia. *International Journal of Law & Psychiatry*, 23 (5-6), 433-452.
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T. & Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 347-353.
- Ochoa, S., Haro, J. M., Autonell, J., Pendàs, A., Teba, F., & Màrquez, M. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 201-210.
- O'Connell, M. & Farnworth, L. (2007). Occupational therapy in forensic psychiatry: a review of the literature and a call for a united and international response. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 184-191.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2011). Site consulté le 2 novembre 2011 du <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr>
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante ; douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151.
- Paterson, B., Cloughan, P. & McComish, S. (2004). « New evidence or changing population? Reviewing the evidence of a link between mental illness and violence », *International Journal of Mental Health Nursing*, 13 (1), 39-52.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T. et coll. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness, *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-95.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et coll. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as a core. Dans Townsend E. A. & Polatajko H. J., *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation* (p. 13–36). Ottawa ON : CAOT Publications ACE.
- Pomini, V., Neis, L., Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V. (1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*, Mardaga éditeurs, Sprimont.
- Popescu, C., & Micluția, I. (2009). Met and unmet needs of patients with schizophrenia—Brief research report of a Romanian sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2), 161-167.

- Protecteur du citoyen (2011). Rapport du protecteur du citoyen pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale. Document consulté le 23 juillet 2012 du <http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/dossiers-et-documentation/rapports-denquete-et-rapports-speciaux/index.html>
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(04), 325-334.
- Shimitras, L., Fossey, E., & Harvey, C. (2003). Time use of people living with schizophrenia in a North London catchment area. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 46-54.
- Slade, M. (1994). Needs assessment. Involvement of staff and users will help to meet needs. *British Journal of Psychiatry*, 165, 293-296.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.
- Statistique Canada [par Helen Johansen, Claudia Sanmartin et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé] (2011). Document de travail – La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée. Site consulté le 29 octobre 2011 du <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011006-fra.htm>
- Statistique Canada [par Maire Sinha] (2009). Document de recherche – Une recherche sur la faisabilité de recueillir des données sur les adultes et les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec le système de justice pénale. Site consulté le 29 octobre 2011 du <http://statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=85-561-MWF2009016&lang=fra>
- Stewart, P., & Craik, C. (2007). Occupation, mental illness and medium security: exploring time-use in forensic regional secure units. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10), 416-425.
- Taylor, R. (2008). The intentional relationship. Occupational therapy and use of self. Philadelphie : F. A. Davis Company.
- Tengström, A., & Hodgins, S. (2002). Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different? *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 412, 62-66.

- Test, M-A. (1998). « Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes ». *Santé mentale au Québec*, 23(2), 119-147.
- Thomas, S. D. M., Slade, M., McCrone, P., Harty, M.-A., Parrott, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(2), 111-120.
- Thomson, L.D.G. (2000) Management of schizophrenia in conditions of high security. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 252-260.
- Townsend, E.A., Polatajko, H. & Craik, J. (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P). Dans Townsend, E.A. & Polatajko, H. J. (2008). Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation (p.27). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE. Copyright 2008 par l'Association canadienne des ergothérapeutes. Réédité avec permission.
- Townsend, E.A. & Polatajko, H. J. (2008). Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Tribunal Administratif du Québec. (n.d.). Site consulté le 18 juillet 2012 du <http://www.ta.qouv.qc.ca/fr/lexique>
- Whiteford, G. (1997). Occupational deprivation and incarceration. *Journal of Occupational Science: Australia*, 4(3), 126-130.
- Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-203.
- Wilcock, A.A. (1998). An occupational perspective of health. Thorofare, NJ : Slack.

ANNEXE 1

Stratégie de recherche documentaire

BASES DE DONNÉES CONSULTÉES LORS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE		
Base de données	Date de la dernière consultation	Mots clés utilisés
<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> (CINAHL) (EBSCO)	2012-03-19	(need* OR "occupational need*" OR "functional need*" OR "daily need*") AND schizo* NOT child*
Google Scholar	2012-03-19	schizophrenia AND need
MEDLINE (EBSCO)	2012-03-19	(need* OR "occupational need*" OR "functional need*" OR "daily need*") AND schizo* NOT child*
<i>National Institute for Clinical Excellence</i> (NICE)	2012-01-09	schizophrenia
PSYCINFO (EBSCO)	2012-03-19	(need* OR "occupational need*" OR "functional need*" OR "daily need*") AND schizo* NOT child*
PUBMED	2012-01-09	schizophrenia AND need
OT Seeker	2012-03-19	schizophrenia AND need

ANNEXE 2

Critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des articles

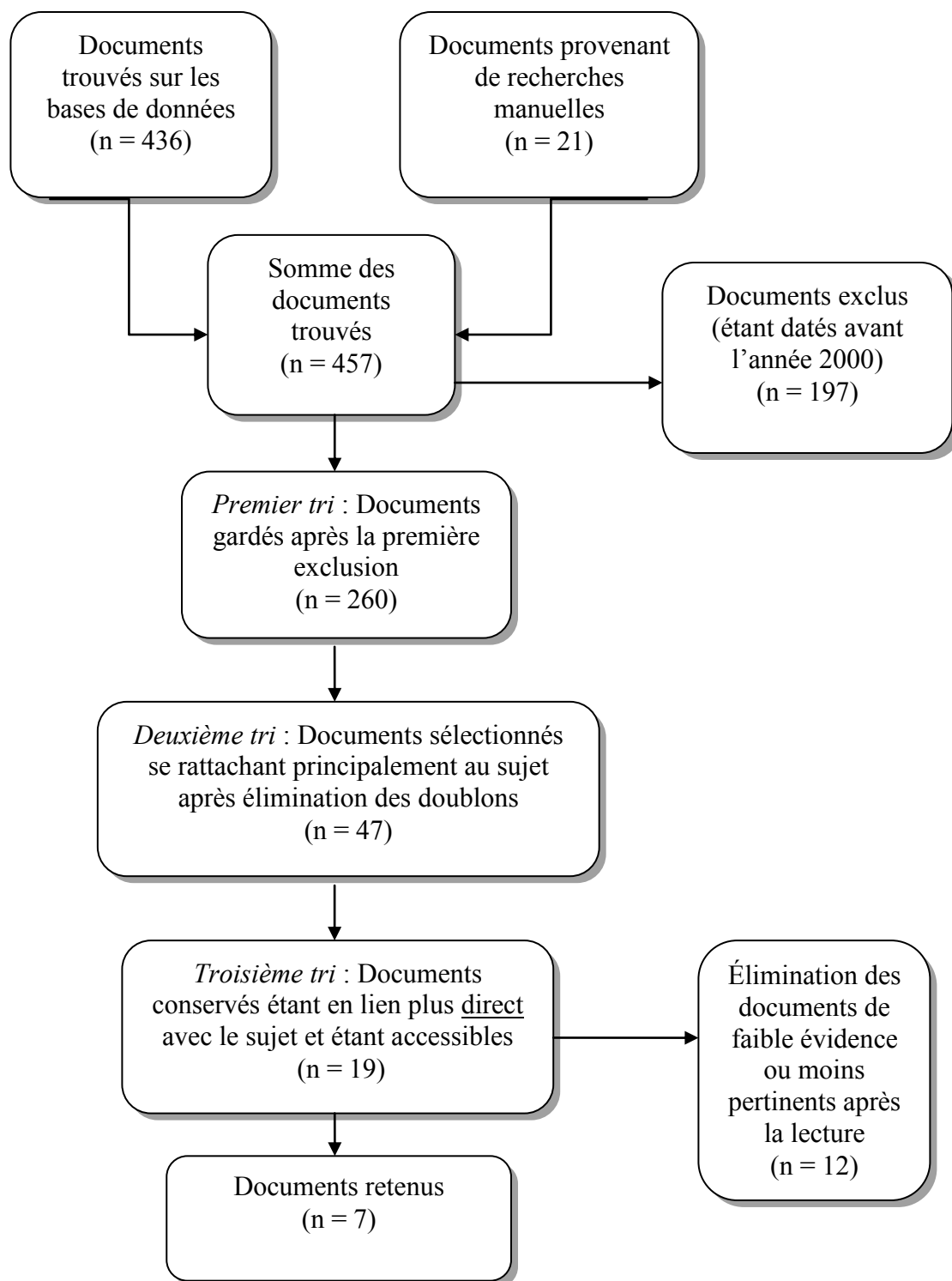
- Critères d'inclusion :
 - Langue de publication ; Français et anglais
 - Type d'article ; Tous documents, tels que des essais cliniques randomisés, des méta-analyses, des revues systématiques, des éditoriaux, des études qualitatives, etc.
 - Type de population ; Clientèle présentant un trouble de santé mentale tel que la schizophrénie
 - Sexe ; Féminin et masculin
 - Groupe d'âge ; 18 ans et plus

- Critères d'exclusion :
 - Année : Tous les documents ayant été publiés avant 2000 seront exclus à l'exception des articles de référence, s'il y a lieu
 - Type de population : Clientèle présentant un trouble de la personnalité ou un autre trouble de santé mentale n'étant pas la schizophrénie
 - Groupe d'âge ; Enfants

Catégories inspirées du CHUQ (2007)

ANNEXE 3

Arbre décisionnel



ANNEXE 4

Exemple d'un questionnaire maison à l'intention d'un expert

<i>DOCUMENT DE TRAVAIL</i>	
Nom de l'expert :	_____
Milieu de travail :	_____
Expériences de travail de l'expert	

QUESTIONS :

1- Comment décrieriez-vous la profession d'ergothérapeute de façon générale ?

a. Selon vous, quel serait le rôle d'un ergothérapeute auprès de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel ?

2- Comment les personnes atteintes de schizophrénie utilisent-elles leur temps sur les unités médico-légales (répartition du temps) ?

3- Quelles sont les activités auxquelles les usagers peuvent participer ?

- a. Y a-t-il des contraintes, limites ou autres qui peuvent restreindre la participation des individus à des activités sur les unités médico-légales ?

4- Quels sont, selon vous, les besoins³ en terme de réadaptation de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel ?

- a. Sur les unités médico-légales ?

b. À leur sortie hospitalière (pour vivre dans la communauté) ?

5- Y a-t-il beaucoup de récidives ? _____

- a. Avez-vous remarqué une certaine tendance (cycle vicieux) ?

6- Quelle est la durée moyenne des séjours des individus sur les unités médico-légales ?

7- Serait-il réaliste de croire qu'un ergothérapeute pourrait travailler à temps plein sur une unité médico-légale auprès de la clientèle schizophrène ayant commis un délit criminel ? _____

- a. Si non, combien d'heures faudrait-il qu'il soit accordé à l'ergothérapeute pour que ce soit acceptable ? _____

8- Avez-vous des suggestions d'articles, de livres ou autres à consulter pour parfaire mes connaissances sur le sujet ?

³ Besoins liés aux AVQ (ex. soins personnels), aux activités de la vie domestique (ex. entretien ménager), au travail, aux habiletés sociales, etc.

Autres commentaires :

Me permettez-vous de citer vos dires et votre nom dans mon essai critique ?

☐ oui ☐ non

Merci de votre collaboration

ANNEXE 5

Camberwell Assessment of Need (CAN) – Version courte

User/Client name		Need rating 0 = no problem 2 = unmet need 1 = met need 9 = not known			
Assessment number		1	2	3	4
Circle who is interviewed (U=User, S=Staff, C=Carer)		U / S / C	U / S / C	U / S / C	U / S / C
Date of assessment					
Initials of assessor					

1 Accommodation What kind of place do you live in?				
2 Food Do you get enough to eat?				
3 Looking after the home Are you able to look after your home?				
4 Self-care Do you have problems keeping clean and tidy?				
5 Daytime activities How do you spend your day?				
6 Physical health How well do you feel physically?				
7 Psychotic symptoms Do you ever hear voices or have problems with your thoughts?				
8 Information on condition and treatment Have you been given clear information about your medication?				
9 Psychological distress Have you recently felt very sad or low?				
10 Safety to self Do you ever have thoughts of harming yourself?				
11 Safety to others Do you think you could be a danger to other people's safety?				
12 Alcohol Does drinking cause you any problems?				
13 Drugs Do you take any drugs that aren't prescribed?				
14 Company Are you happy with your social life?				
15 Intimate relationships Do you have a partner?				
16 Sexual expression How is your sex life?				
17 Child care Do you have any children under 18?				
18 Basic education Any difficulty in reading, writing or understanding English?				
19 Telephone Do you know how to use a telephone?				
20 Transport How do you find using the bus, tube or train?				
21 Money How do you find budgeting your money?				
22 Benefits Are you getting all the money you are entitled to?				

A Met needs – count the number of 1s in the column				
B Unmet need – count the number of 2s in the column				
C Total number of needs – add together A + B				

ANNEXE 6

Extraction des données

Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff Foldemo, Ek et Bogren (2004)	
But de l'étude	<p>Évaluer les besoins des clients non hospitalisés souffrant de schizophrénie et constater s'il y a des différences entre les évaluations faites par les parents et le personnel comparativement à celles des clients.</p> <p><i>Milieu de vie des usagers</i> : Vivant à domicile et fréquentant des cliniques externes</p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les principaux besoins identifiés à l'aide du <i>Camberwell Assessment of Need (CAN)</i> par la clientèle schizophrène en termes de sévérité (besoins non comblés) sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Relations sociales et activités de la vie quotidienne 2- Informations générales et symptômes psychotiques 3- Alimentation 4- Hébergement, entretien du domicile, problèmes physiques et gestion financière 5- Détresse psychologique et bénéfices sociaux 6- Alcool, drogues, relations intimes, téléphone et transport 7- Soins personnels, sécurité personnelle, sécurité des autres, Sexualité, soins des enfants et éducation de base <p>Le personnel et les parents des usagers identifient plus de besoins que les usagers eux-mêmes. Les besoins identifiés peuvent différer en fonction des perceptions, des modes de vie des personnes, etc.</p> <p>Il est important de prendre en compte les besoins identifiés par la clientèle avant toute chose pour établir le plan d'intervention, mais il faut néanmoins noter ceux identifiés par la famille et les intervenants (ex. le point de vue de la famille concernant la gestion financière serait à prendre en compte dans l'optique où l'utilisateur n'a pas d'« <i>insight</i> »).</p>

Relative Perceptions of the Needs of Inpatients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders Grinshpoon et coll. (2008)	
But de l'étude	<p>Identifier les besoins des schizophrènes ou des personnes ayant des troubles schizoaffectifs hospitalisés à plusieurs reprises et comparer ces besoins à ceux identifiés par le personnel et leurs proches (famille).</p> <p><i>Milieu de vie des usagers : Soins aigus de l'hôpital</i></p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les principaux besoins identifiés à l'aide du <i>Camberwell Assessment of Need (CAN)</i> par la clientèle schizophrène en terme de sévérité (besoins non comblés) sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Informations sur les traitements 2- Bénéfices sociaux 3- Sexualité 4- Détresse psychologique, relations sociales et relations intimes 5- Symptômes psychotiques 6- Activités de la vie quotidienne 7- Sécurité des autres 8- Santé physique 9- Transport 10- Soins personnels, sécurité personnelle, drogues et gestion financière 11- Hébergement 12- Alimentation, entretien du domicile et éducation de base 13- Alcool et soins des enfants 14 – Téléphone <p>86 % des usagers rapportent entre 1 et 7 besoins non comblés dans la catégorie des besoins de santé (santé physique, détresse psychologique, symptômes psychotiques, sécurité personnelle et des autres, consommation d'alcool et de drogues). Pour les besoins en terme de service (information, téléphone, transport et bénéfices), 83 % des personnes ont entre 1 et 4 besoins non comblés. Finalement, pour les besoins de base (hébergement et alimentation), 69 % des clients se dit comblé.</p> <p>Les besoins identifiés par la clientèle lorsque comparés à ceux de la famille ou du personnel ne sont pas priorisés de la même façon et diffèrent en raison des facteurs spécifiques tels que le contexte culturel, l'éducation, les valeurs, les expériences passées, etc.</p>

What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being Gunnmo et Bergman (2011)	
But de l'étude	<p>Étude qualitative qui vise à examiner les besoins des patients atteints de schizophrénie en répondant à la question suivante : Quelle aide les gens atteints de schizophrénie perçoivent comme importante en vue d'accroître leur bien-être?</p> <p><i>Milieu de vie des usagers :</i> Vivant à domicile et fréquentant des cliniques externes</p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les personnes atteintes de schizophrénie mentionnent leurs besoins de vivre une vie ordinaire, autrement dit normale. C'est d'ailleurs ce qui est représenté comme étant la principale catégorie ou plutôt l'élément central. À cela se rajoutent les besoins suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recevoir de l'information à propos de leur condition, c'est-à-dire de leur maladie mentale. 2. Entretenir des relations professionnelles satisfaisantes et sécurisantes étant donné la possibilité de rencontrer différents professionnels. 3. Entretenir des contacts/relations sociales contrairement à vivre de l'isolement et du rejet. 4. Avoir un travail satisfaisant et significatif. 5. Recevoir de l'aide concernant les « manières de faire », et ce, principalement lors de rechute. Cela comprend entre autres comment entretenir son domicile (entretien ménager, lessive, etc.), faire à manger et gérer son budget.

Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India Kulhara et coll. (2010)	
But de l'étude	<p>Vise à comprendre les besoins des clients en utilisant un instrument bien connu d'évaluation des besoins (le CAN) provenant de l'Occident</p> <p><i>Milieu de vie des usagers</i> : À l'hôpital et recevant des services psychiatriques.</p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les principaux besoins identifiés à l'aide du <i>Camberwell Assessment of Need (CAN)</i> par la clientèle schizophrène en terme de sévérité (besoins non comblés) sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bénéfices sociaux 2- Symptômes psychotiques 3- Détresse psychologique 4- Gestion financière et informations générales 5- Activités de la vie quotidienne 6- Relations intimes 7- Relations sociales 8- Sexualité 9- Santé physique 10- Soins des enfants 11- Drogues 12- Hébergement et éducation de base 13- Soins personnels 14- Transport 15- Entretien du domicile 16- Alimentation 17- Sécurité personnelle et téléphone 18- Sécurité des autres et alcool <p>Les sept principaux besoins où l'aide reçue n'est pas satisfaisante sont en ordre : Bénéfices sociaux; gestion financière et détresse psychologique; symptômes psychotiques; information concernant leur condition et le traitement; activités de la vie quotidienne; relations intimes; relations sociales.</p> <p>Les familles des usagers ont affirmé que même s'ils offraient de l'aide, ils n'étaient pas en mesure de répondre à la plupart des besoins et plus</p>

	<p>particulièrement pour ce qui est de l'hébergement, de l'entretien ménager, des relations intimes, de l'éducation de base et pour le téléphone.</p> <p>Il est rapporté qu'il y a un grand contraste avec la littérature occidentale, où la nécessité de prestations d'aide sociale n'est pas l'un des besoins fréquemment rapportés par l'utilisateur.</p>
--	--

The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help Middelboe et coll. (2001)	
But de l'étude	<p>Décrire les des besoins des clients schizophrènes non hospitalisés, l'aide reçue par le système de soutien formel et informel ainsi que le rôle des symptômes et l'implication de ceux-ci dans la détermination des besoins (satisfaits ou non).</p> <p><i>Milieu de vie des usagers</i> : Vivant à domicile (dans la communauté)</p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les principaux besoins identifiés à l'aide du <i>Camberwell Assessment of Need (CAN)</i> par la clientèle schizophrène en terme de pourcentage selon les besoins non comblés sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Relations sociales 2- Relations intimes 3- Symptômes psychotiques 4- Détresse psychologique 5- Informations générales 6- Activités de la vie quotidienne 7- Sexualité 8- Hébergement 9- Gestion financière 10- Santé physique 11- Bénéfices sociaux 12- Entretien du domicile 13- Sécurité personnelle 14- Alimentation 15- Éducation de base 16- Transport et soins des enfants 17- Soins personnels 18- Alcool 19- Téléphone 20- Drogues 21- Sécurité des autres <p>Les ressources informelles (proches et familles) apportent un soutien aux individus tant au niveau pratique, financier qu'émotionnel. Cela peut expliquer pourquoi certains besoins se retrouvent plus bas, puisqu'ils sont davantage comblés.</p>

Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample Ochoa et coll. (2003)	
But de l'étude	<p>Identifier les besoins les plus courants des clients atteints de schizophrénie qui vivent dans la communauté ; analyser la façon dont les besoins diffèrent lorsqu'ils sont évalués par le personnel ou par les clients eux-mêmes ; décrire quel genre d'aide les personnes atteintes de schizophrénie reçoivent pour couvrir leurs besoins ; trouver les corrélations existantes entre la présence de besoins et les données sociodémographiques, sociales et cliniques.</p> <p><i>Milieu de vie des usagers</i> : Vivant à domicile (dans la communauté)</p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les principaux besoins identifiés à l'aide du <i>Camberwell Assessment of Need (CAN)</i> par la clientèle schizophrène en terme de pourcentage selon les besoins non comblés sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Relations sociales 2- Relations intimes 3- Sexualité 4- Activités de la vie quotidienne 5- Détresse psychologique 6- Bénéfices sociaux 7- Éducation de base 8- Symptômes psychotiques 9- Informations générales 10- Gestion financière 11- Sécurité personnelle 12- Transport 13- Entretien du domicile 14- Hébergement et santé physique 15- Alimentation et téléphone 16- Soins des enfants 17- Sécurité des autres et drogues 18- Soins personnels et alcool <p>Les principaux besoins détectés à la fois par les clients et le personnel comprennent l'information à propos des symptômes psychotiques, l'entretien maison, la nourriture, et de l'information sur la condition de santé et le traitement. En outre, plus souvent que les patients, le personnel a détecté des besoins au niveau des relations sociales et des activités quotidiennes. L'aide reçue était principalement informelle.</p>

Met and unmet needs of patients with schizophrenia – Brief research report of a Romanian sample Popescu et Miclutia (2009)	
But de l'étude	<p>Rendre accessible l'instrument d'évaluation des besoins (le CAN) en Roumanie, et ce, en le traduisant.</p> <p>Identifier les besoins les plus courants des personnes schizophrènes vivant en Roumanie</p> <p><i>Milieu de vie des usagers</i> : Vivant à domicile (dans la communauté)</p>
Données importantes mentionnées dans l'étude	<p>Les principaux besoins identifiés à l'aide du <i>Camberwell Assessment of Need (CAN)</i> par la clientèle schizophrène en terme de pourcentage selon les besoins non comblés sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Sexualité 2- Relations intimes 3- Relations sociales 4- Gestion financière 5- Activités de la vie quotidienne 6- Détresse psychologique 7- Bénéfices sociaux 8- Alimentation, symptômes psychotiques et sécurité personnelle 9- Santé physique et alcool 10- Entretien du domicile, soins des enfants et éducation de base 11- Hébergement, soins personnels, information, sécurité des autres et téléphone 12- Drogues et transport <p>Résultats similaires à l'Espagne, l'Angleterre et les pays du Nord.</p> <p>L'aide reçue était seulement informelle (venant de la famille).</p> <p>Le personnel identifiait plus de besoins non comblés que la clientèle elle-même.</p>